แผนผังควบคุมกำกับงาน

กิจกรรม	เดือน		
	ส.ค.-ต.ค.	พ.ย.-พ.ค.	มิ.ย- ก.ค. ๒๕๖๙
ขั้นเตรียมการ ๑.สำรวจกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่	←→		
๒.เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติ	←→	←→	
๓.วางแผนการดำเนินงานร่วมกับทีมสุขภาพชุมชน/อสม.		←→	
๔.ประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อบอกวัตถุประสงค์ของโครงการและสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายโดยการแจ้งเป็นรายบุคคล		←→	
ขั้นตอนดำเนินการ ๑.แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ในการดำเนินการทั้ง อสม.และเจ้าหน้าที่		←→	
๒.ดำเนินการ ดังนี้ -ตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุพร้อมทั้งประเมินADL.เพื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ -ให้ความรู้เบื้องต้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	←→		
๓. จัดกิจกรรมติดตามเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุตาม Care plan ลงเยี่ยมพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ ๑ เดือน/๑ ครั้ง			←→
ขั้นประเมินผล ๑.วิเคราะห์ข้อมูล แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหา และติดตามกำกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทุก ๑ เดือน			←→
๒.สรุปผลการดำเนินงาน			←→

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายทองปน แสงดารา **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3430600159753	**ที่อยู่** 84 ม. 8 ต.โนนทอง อ. นายูง จ. อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 27 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2505 (อายุ 64 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=2, TAI=13 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ขาสองข้างอ่อนแรง มีแผลกดทับที่ก้น พอการท่อนล่าง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,422 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทิภา นันตสุคนธ์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายสวาท พรมรักษา
เลขบัตรประจำตัวประชน 3461200477627</td><td>ที่อยู่ 49หมู่ที่ 08 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 05 เดือน เมษายน พ.ศ. 2483
(อายุ 86 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย :
กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :
รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=4, TAI=13
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เดินไม่สะดวก ตามัว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
โรคประจำตัว : -</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,422 บาท</td><td>- ความสามารถในการมองเห็น
- ความสามารถในการได้ยิน
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การดูแลด้านจิตใจ
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทิภา นันตสุคนธ์</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางสุบิน จันทะวงษ์
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800335602</td><td>ที่อยู่ 54 หมู่ที่ 08 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 18 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2492
(อายุ 77 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย :
กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :
รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ตามัว เดินไม่สะดวก
โรคประจำตัว : -</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,422 บาท</td><td>- ความสามารถในการมองเห็น
- ความสามารถในการได้ยิน</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การดูแลด้านจิตใจ
- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม</td><td>ระยะสั้น
-
ระยะยาว
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทิภา นันตสุคนธ์</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเค็ง ยศทะแสน **เลขบัตรประจำตัวประชน** 5430500012099	**ที่อยู่** 91 ม.8 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 05 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2494 (อายุ 75 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** เหนื่อยเพลีย เดินไม่สะดวก **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,422 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** **- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน **ระยะยาว** - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทิภา นันตสุคนธ์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ญ.ลัดดาภรณ์ วรศรี **เลขบัตรประจำตัวประชน** 1412200010120	**ที่อยู่** 32 ม.8 ต.โนนทอง อ. นายูง จ. อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0986404295	**วันที่จัดทำ** 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 23 เดือน เมษายน พ.ศ. 2533 (อายุ 36 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=C3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยจิตเวช ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,422 **บาท**	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** -
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - อบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทิภา นันตสุคนธ์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางอนงค์ สารสังข์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3461200483279	**ที่อยู่** 98 ม.8 ต.โนนทอง อ. นายูง จ. อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0630879252	**วันที่จัดทำ** 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2498 **(อายุ** 71 **ปี)**	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ขาสองข้างอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,422 **บาท**	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทิภา นันตสุคนธ์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ช.บัญชา ลาดา **เลขบัตรประจำตัวประชน** 1411800198668	**ที่อยู่** 115 ม.8 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 19 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2539 (อายุ 30 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=2, TAI=13 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** พิการแต่กำเนิด ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,422 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** **- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** -
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทิภา นันตสุคนธ์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางประคอง สุดแน่น **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3710100421979	**ที่อยู่** 70 ม.8 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 02 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2502 (อายุ 67 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** เหนื่อยเพลีย เดินไม่สะดวก **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,422 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทิภา นันตสุคนธ์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายถวิล ยอดเยี่ยม เลขบัตรประจำตัวประชน 4411800002075	ที่อยู่ 70 ม.8 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2503 (อายุ 66 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เหนื่อยเพลีย เดินไม่สะดวก โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,422 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทิภา นันตสุคนธ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบัวพันธ์ สาโรจน์ เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800334967	ที่อยู่ 22 หมู่ 8 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 25 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2489 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เดินไม่สะดวก ต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทิภา นันตสุคนธ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบัวลอง สมวงษา เลขบัตรประจำตัวประชน 3411100329090	ที่อยู่ 127 หมู่ 8 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 02 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2504 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เดินไม่สะดวก ต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทิภา นันตสุคนธ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ จ.ส.ต.ประกายเนตร โสเมือง **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3400400841356	**ที่อยู่** 77 ม. 8 ต.นายูง อ. นายูง จ. อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** -	**วันที่จัดทำ** 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 04 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2513 (อายุ 56 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=8, TAI=C2 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** เหนื่อยเพลีย เดินไม่สะดวก **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทิภา นันตสุคนธ์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ช.นิติวัฒน์ ชาร์เลส เลขบัตรประจำตัวประชน 1412201045741	ที่อยู่ 21 หมู่ 8 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 14 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2541 (อายุ 28 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=8, TAI=C2 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว พูดคนเดียว พูดจาวกวน สับสน ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ทำกิจวัตรประจำวันเองได้น้อย โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม -
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา (องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทิภา นันตสุคนธ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	